

診断書(医療保険用)

※医療機関へ作成をご依頼ください。

AIG損害保険株式会社 宛

1. 氏名		生年月日		カルテ番号	
		年 月 日生		1.健保 3.労災 5.その他 2.国保 4.自費	
2. 傷病名		傷病(受傷)発生年月日			
ア 入院・手術の原因となった傷病名		(ICD-10コード:)		年 月 日	
診断日		年 月 日		ア.の傷病につき医師が入院治療が必要だと判断した日	
イ アの原因		年 月 日			
ウ 合併症		年 月 日			
3. 新生物の場合		病理組織診断: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※「なし」の場合の確定診断方法: []		①原発 <input type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/> 転移 <input type="checkbox"/> その他 () ②浸潤性 <input type="checkbox"/> 非浸潤性 <input type="checkbox"/> 上皮内がん <input type="checkbox"/> その他 ()	
該当する項目にシ印をお付けください。		確定診断日: 年 月 日 病期 ()		③大腸がんの場合: 深達度は? <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> sm以深 ④皮膚がんの場合: 悪性黒色腫ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⑤子宮頸部異形成の場合: <input type="checkbox"/> CIN I <input type="checkbox"/> CIN II <input type="checkbox"/> CIN III	
4. 前医・紹介医		医師名		医療機関名	
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		初診日 年 月 日		所在地	
5. 既往症・持病		(有りの場合、病名、医療機関名、治療期間などおわかりになれば記入してください。)			
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		病名		医療機関名 治療期間 年 月 日頃 ~ 年 月 日頃	
6. 発病から初診までの経過、初診時の所見、治療の経過(いつ頃からどのような症状があったか、検査内容および検査成績、治療内容、経過等をご記入ください。)					
7. 初診日 年 月 日 終診日 年 月 日 転帰 治癒・要通院・要入院・中止・転医					
要入院日数(見込) 継続 日 ※実際入院日数と相違ない場合は、記入は不要です。					
入院期間 第1回目 入院 年 月 日 ~ 年 月 日 退院 入院中					
第2回目 入院 年 月 日 ~ 年 月 日 退院 入院中					
付添 上記入院中、付添が必要と認めた場合はその期間 年 月 日 ~ 年 月 日					
治療期間					
※通院期間(月単位)の記入は不要です。					
年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 日					
年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 日					
年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 日					
年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 日					
年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 日					
年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 日					
年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 計 日					
固定具使用の場合 使用期間 年 月 日 ~ 年 月 日 使用固定具 ギプス、ギプスシャーレ、コルセット(硬・軟)、その他()					
傷病を被る直前の業務に就くことが全く不可能であると医学的に判断した期間 年 月 日 ~ 年 月 日					
8. 今回の傷病に関して実施した手術					
手術種類 (1)開頭術 (2)穿頭術 (3)開胸術 (4)胸腔鏡下・縦隔鏡下手術 (5)開腹術 (6)腹腔鏡下手術 (7)ファイバースコープまたはカテーテルによる手術 (8)経皮的 (9)経尿道的 (10)経膈的 (11)眼科レーザー (12)ドレナージ (13)その他()					
該当する場合に○印をお付けください。					
カテーテル手術・ドレナージ等もご記入ください。		手術名 (診療報酬点数区分)		手術種類 (上記番号を記入)	
		手術部位		筋骨手術の場合	
		目的		手掌部・手背部・筋・腱・靭帯または足底部・足背部に及ぶ	
		手術日		筋・腱・靭帯の処置を伴う	
① (K・J-)		右 治療・生検		植皮面積	
		左 治療・生検		口腔手術の場合、顎骨を削った	
② (K・J-)		右 治療・生検		25cm ² 以上	
		左 治療・生検		削った	
9. 上記の手術が必要だと医師が判断した日 ① 年 月 日 ② 年 月 日					
10. 放射線治療・温熱療法 (骨髄移植の前処置含む)					
部位		診療報酬点数区分		M-	
期間		年 月 日 ~ 年 月 日		総線量	
11. 先進医療・患者申出療養					
<input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 患者申出療養 (該当する方に○をつけてください。)		技術名		期間	
		年 月 日 ~ 年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日	

上記の通り診断いたします。 年 月 日

診断書料金(税込)

円



所在地
病院名
電話番号
医師氏名

代理店
受付日

年 月 日

保険会社
受付日

年 月 日

印

451-1H1 M09Y23

GIAJ16-1H1-202309